Dr. CARLOS J. ESCUDER

Microcesárea y Esterilización Tubaria Definitiva

Editorial Médica J. GARCIA MORALES - Uruguay 1379
MONTEVIDEO
1939

Dr. CARLOS J. ESCUDER

●

Microcesárea y Esterilización Tubaria Definitiva

●

Editorial Médica J. GARCIA MORALES - Uruguay 1379
MONTEVIDEO
1939

Trabajo de la Clínica Obstétrica "A" — Prof. José Infantozzi.

Microcesárea y Esterilización Tubaria Definitiva

Por el Dr.
CARLOS J. ESCUDER
Ayudante de Clínica Obstétrica del Hospital P. Rossell

La microcesárea y la esterilización tubaria definitiva, —procedimiento quirúrgico cuya denominación debemos al Profesor Augusto Turenne,— ha sido llevada a la práctica en la clínica obstétrica del Profesor Infantozzi, constituyendo el objeto de la presente comunicación dar a conocer los resultados obtenidos con dicha intervención.

Los autores extranjeros continúan designando el procedimiento operatorio que nos ocupa, con el nombre de "cesárea", simplemente, o de "pequeña cesárea", no obstante lo cual la designación aplicada por el Dr. Turenne se ha difundido considerablemente en nuestro medio, adquiriendo asimismo una significación genérica.

Los métodos de esterilización temporaria propuestos hasta ahora, si bien se hallan indicados en ciertas y determinadas circunstancias, se muestran, en su mayor parte, inseguros y dignos de poca confianza, debiéndose hacer una excepción, a este respecto, con la esterilización biológica por la inyección de esperma humano, cuya eficacia ha quedado bien demostrada.

La esterilización definitiva, a su vez, se presenta como más lógica y segura en numerosos casos en que razones de orden médico o de índole social imponen evitar la gravidez y la procreación. Es así que tal conducta se halla especialmente indicada en las enfermas bacilares, cardíacas, mentales, en la multiparidad y en diversas condiciones que atañen al individuo en su relación con el medio en que vive.

En el material aquí presentado, que consta de 31 casos, la intervención quirúrgica ha tenido un fin terapéutico en 28 casos (90 %), mientras que solamente en 3 de ellos (10 %) se han tenido en cuenta razones de índole social.

En el Ministerio de Salud Pública de nuestro país se ha constituído una Comisión de Eugenesia encargada de estudiar todas aquellas interrupciones del embarazo planteadas por elementos del cuerpo médico o por las mis-

mas interesadas, previa autorización del esposo en cada caso. Las resoluciones de dicha Comisión, debidamente autorizadas por el Ministerio de Salud Pública, se basan en una prolija investigación de las condiciones económicas, sociales, higiénicas y de salud de la solicitante, teniéndose, asimismo, especialmente en cuenta el número de hijos y la edad. Cada vez que la interrupción de la gravidez se juzga oportuna de acuerdo con los requisitos antedichos, —particularmente en mujeres que han tenido varios hijos y que ya han pasado los 30 años de edad,— ello se comunica a las interesadas conjuntamente con la advertencia de que no se les va a practicar un simple aborto, sino una laparotomía, con extracción del huevo y resección parcial de ambas trompas. Tal conducta tiene por objeto evitar embarazos ulteriores y obviar así un estado cuya supresión se buscó con anterioridad.

De 100 solicitudes de interrupción del embarazo por consideraciones de índole social, tramitadas en 1936 ante la Comisión de Eugenesia por consultantes nuestras, sólo se autorizaron cinco, número exiguo del cual hay que deducir, todavía, dos casos que rehusaron someterse a la intervención que se les proponía. En 1936, pues, la gravidez se interrumpió solamente en tres casos por razones de orden social.

En lo que respecta a las críticas unilaterales, de carácter doctrinario y también técnico, lanzadas contra este género de intervenciones, hemos de decir que las consideramos sumamente injustas, por cuanto adolecen del grave defecto de ignorar la técnica precisamente, y las razones terapéuticas que condujeron al acto operatorio en veintiocho de los treinta y un casos aquí presentados.

Se ha dicho que en esas 31 intervenciones se registraron dos casos fatales, crítica ésta cuya inconsistencia es manifiesta a poco de tenerse en cuenta los condiciones previas al exitus: una de las pacientes (Caso N.º 13), presentaba lesiones bacilares pulmonares y laríngeas en actividad; la otra (Caso Nº 17), presentaba lesiones pulmonares, baciloscopía positiva, litiasis biliar, y, además, desarrolló una oclusión intestinal, complicación de temer en todas las intervenciones abdominales.

Las 29 pacientes restantes intervenidas, se distribuyen, según la afección padecida, de la manera siguiente: 17 bacilares con localizaciones diversas; 4 cardiopatías no compensadas; 1 eventración (enferma multípara); 1 sacrocoxalgia; 2 gestosis; 1 asma; 1 atrofia muscular progresiva; 1 idiocia; 1 cardio-pulmonar.

Todas estas microcesáreas tuvieron un post-operatorio apirético y sin complicaciones, excepto los siguientes casos: Nº 3, proceso flemonoso de la pared suprapúbica; Nº 6, ligera febrícula; Nº 7, infección de un ángulo de la herida operatoria; Nº 9, ligera febrícula; Nº 14, subfebril; Nº 15, absceso del muslo izquierdo, posiblemente por inyección de suero; Nº 19, febrículas;

Nº 23, febrículas; Nº 24, febrículas; N. 25, febrículas; Nº 26, subfebril; N. 29, subfebril, angina, bronquitis ligera. Las modificaciones de la temperatura no repercutieron mayormente sobre el post-operatorio, habiendo sido posible, por lo demás, explicar la pirexia en la mayoría de los casos. Téngase presente, asimismo, que la apirexia absoluta es una eventualidad rara en el post-operatorio en general.

Volvemos a repetir, pues, que consideramos injustificados los ataques de orden sectario y religioso dirigidos contra estas intervenciones. El hecho de que en 31 casos operados se hayan registrado dos decesos, no es óbice para proscribir un método quirúrgico biológica y socialmente benéfico, máxime si se piensa en las taras patológicas que ya minaban la existencia de las dos pacientes que sucumbieron a la operación.

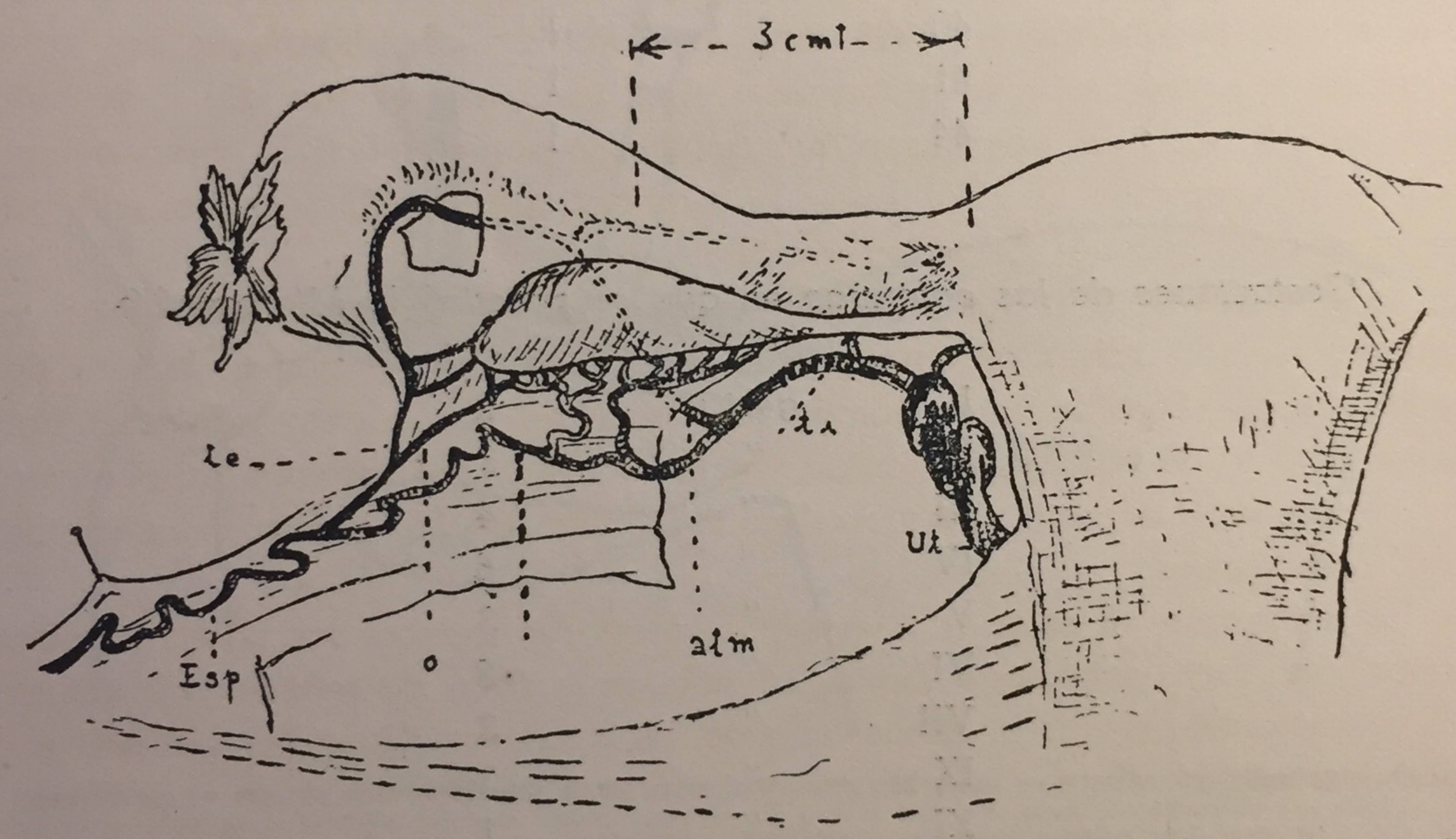


Figura 1. — Terminación de las arterias espermática interna y uterina (según Fredet). — **Esp.**, arteria espermática, que se divide en: arteria tubaria externa ;**o.**, ovárica ; **a.**, arteria anastomótica ; **Ut.**, arteria uterina que da la tubaria interna, y **t. m.**, tubaria media. — Las dos líneas punteadas, perpendiculares a la luz de la trompa, indican el tracto de la trompa que debe resecarse, según este método de esterilización.

Edad de las operadas. — Damos a continuación la distribución por edad de nuestros treinta y un casos. Nótese que la edad de la mayoría de nuestras enfermas sobrepasaba los 30 años. Las once pacientes menores de 30 años forman parte de las veintiocho intervenidas por indicación terapéutica.

Años de edad	Núm. de enfermas
20	1
22	2
23	1

Años de edad	Núm. de enfermas
24	2
25	1
26	2
28	1
29	1
30	2
32	3
33	3
34	3
35	2
36	1
37	2
39	1
40	1
41	1
44	1

Gestaciones de las enfermas en que se practicó la Microcesárea

I	gesta	2
II	''	3
III	''	4
IV	''	6
V	''	3
VI	''	3
VII	''	3
IX	''	3
XI	''	1
XII	''	1
XIII	''	2

Técnica de la Miocrocesárea

La preparación de la enferma es como para toda operación abdominal. En la mayoría de los casos se ha practicado la incisión de Pfannestiel, aunque también se ha recurrido a la laparotomía mediana infraumbilical. En uno de los casos (Nº 28), perteneciente al Dr. Turenne, se realizó una laparotomía para-mediana derecha, constituyendo ésta una técnica personal que trata de evitar las eventraciones. La posición de la enferma es la denominada de Trendelemburg.

Abierto el peritoneo, se le proteje con compresas y se procede acto seguido, —si ello se juzga conveniente y si se ha hecho uso de la anstesia general— a la exteriorización del útero, lo que en los casos aquí presentados se hizo muy pocas veces.

Incisión longitudinal de unos cinco centímetros sobre la pared anterior del útero, seguida de expresión de fondo del órgano y extracción del huevo, el cual muchas veces se desprende íntegro, sin ruptura de sus membranas. En la eventualidad de quedar algunos restos se procederá a su remoción con una gasa, pudiendo dejarse una mecha, si es necesario, que sale por el cuello hacia la vagina.

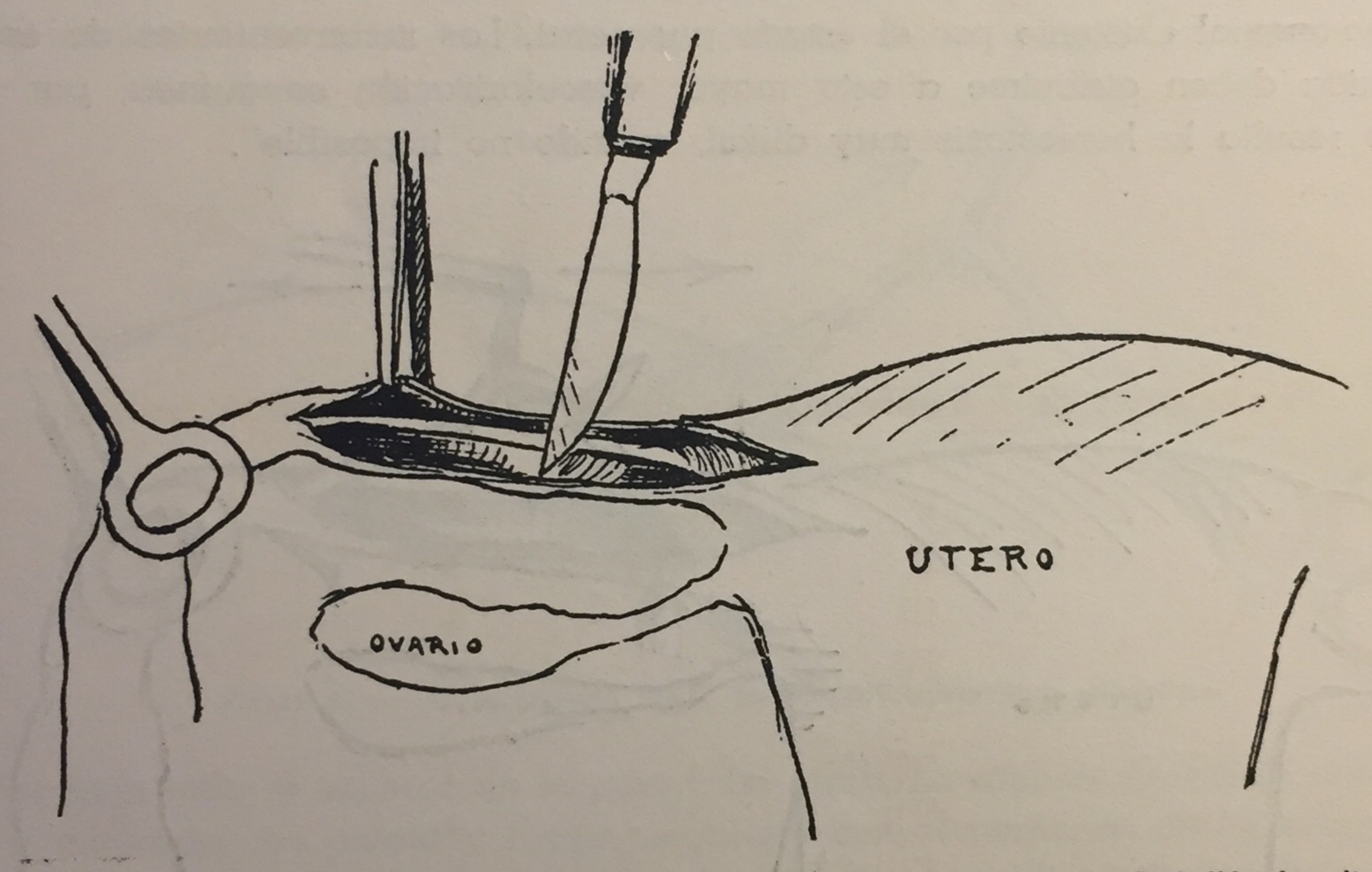


Figura 2. — La trompa aparece tomada en su parte media con una pinza en corazón. Incindido el peritoneo del borde libre de la trompa, aparece tomado uno de sus bordes con una pinza de disección sin dientes. A pequeños golpes de punta de bisturí, se separa de sus adherencias mesosalpingianas, una parte de la porción ístmica de la trompa.

En los últimos casos que presentamos, la realización de la brecha uterina fué seguida de una inyección intravenosa de 10 unidades de lóbulo posterior de hipófisis diluidas en 5 c.c. de suero fisiológico, inyección que debe practicarse muy lentamente en una de las venas del pliegue del codo. Las membranas ovulares comienzan inmediatamente a hacer hernia a través de la abertura uterina, y, una vez expulsado el huevo, la cavidad del órgano se retrae rápidamente. Cuando la hemostasis tarda en realizarse se inyecta 1 miligramo de adrenalina en la pared del útero, administrando asimismo 10 unidades de extracto hipofisario y 1 c.c. de ergotina por vía subcutánea.

En caso necesario, pueden dejarse una o dos compresas dentro del útero, retirando las mismas a medida que se sutura la brecha.
El cierre de la pared uterina se hace en tres planos, con catgut cromado y catgut simple.

Técnica de la Esterilización Tubaria

En algunos de nuestros casos se efectuó la resección parcial de ambas trompas o la resección cuneiforme.
Veamos como se expresa Rojas con respecto a la cúneo-escisión:
"...La cúneo-escisión me resultaba en los casos que he operado una intervención muy sangrante, debido al aumento enorme de la circulación útero-anexial existente por el estado puerperal. Los inconvenientes de esta técnica deben atribuirse a esta mayor vascularización sanguínea, por lo que resulta la hemostasis muy difícil, cuando no imposible".

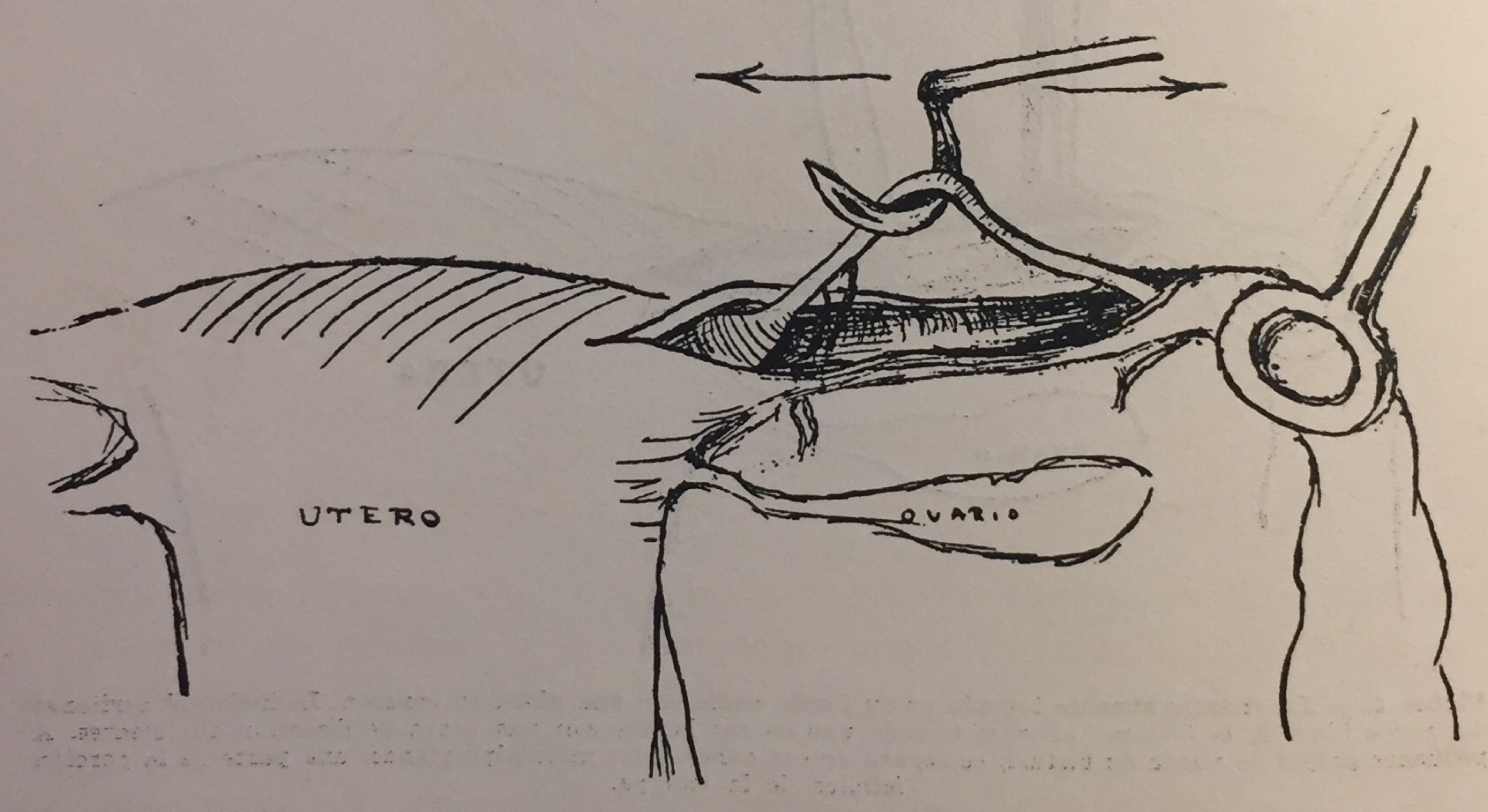


Figura 3. — El tracto de la trompa a resecar se ve casi completamente libre; faltan aún separar las pequeñas ramas arteriales provenientes de la tubaria interna. Esta disección es hecha con la aguja roma de Deschamps; las flechas indican la dirección del movimiento que efectúa la aguja. La porción intersticial de la trompa aparece como un mameloncito blanquecino, rodeado en su base por estrías circulares.

Rojas se refiere a la resección parcial de las trompas en las cesáreas; en las microcesáreas no existe ese inconveniente del aumento de la circulación útero-anexial.
Rojas hace notar también lo inseguro que es el método de Liepmann con respecto a la posibilidad de un nuevo embarazo.
"Liepmann, —dice Rojas,— incide el peritoneo de revestimiento de las trompas al nivel de su borde superior y en una extensión de 1 1|2 cms., contando desde su punto de implantación".

"Cada uno de los bordes del peritoneo escindido es tomado con pinza de Kocher, y con un instrumento romo cualquiera, libera un trozo de la porción ístmica de la trompa de su envoltura peritoneal y del mesosalpinx, resecando, sin colocar ligaduras, un trozo de un centímetro de esta parte de la trompa. Sutura del peritoneo reseccionado, con seda o catgut muy fino (00). En el mesosalpinx y entre los cabos de la trompa, con seda hace un punto a lo colchonero, con el objeto de interponer entre ambos una masa de tejido fibroso".

"Lacúneoscisión de las trompas según la técnica de Neuman y Rose, técnica que fué descripta por primera vez en el año 1898, independientemente por cada uno de estos autores, consiste en la sección de la trompa cerca del canto uterino; tomado el muñón uterino con una pinza de Peán, se reseca en forma de cuña la porción intramural de la trompa, comprendiendo

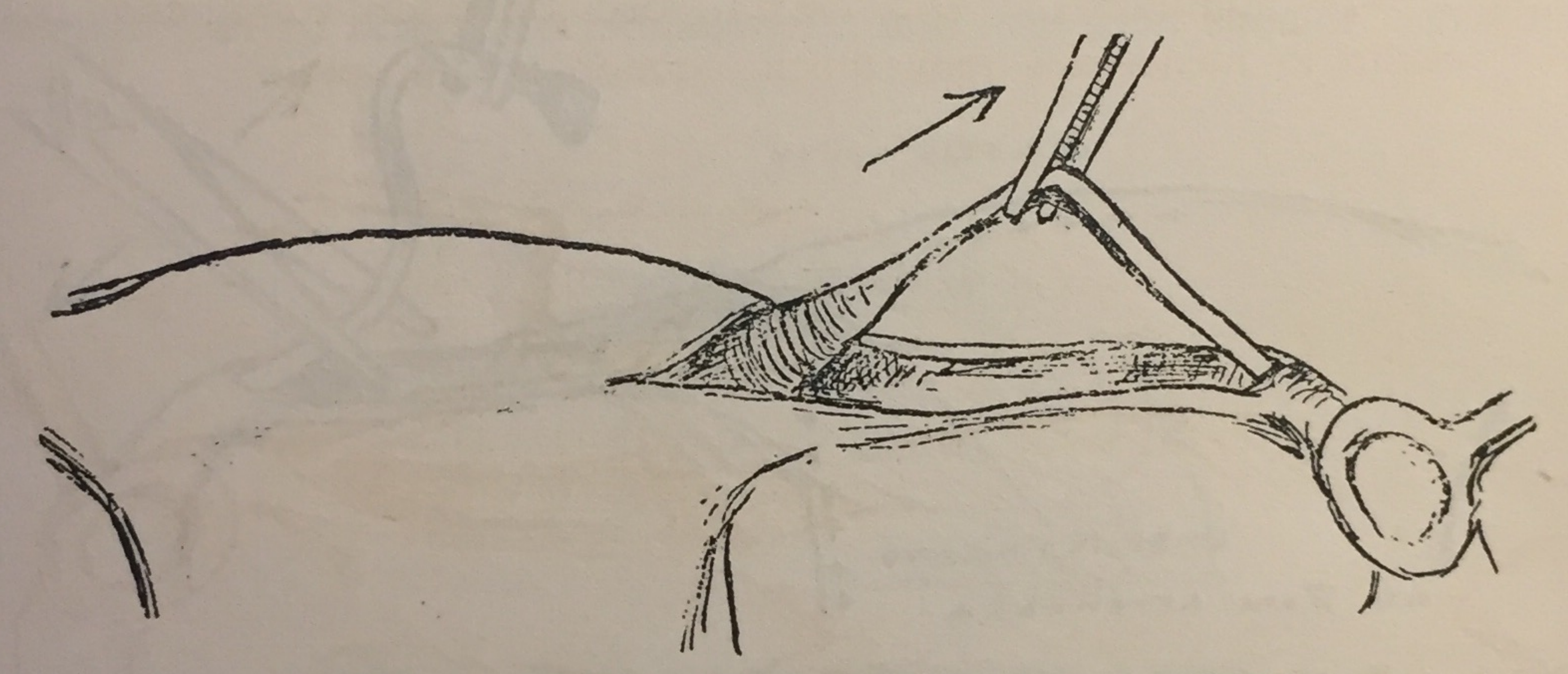


Figura 4. — Arrancamiento de la porción intraparietal de la trompa.

también todo el espesor de la pared del útero. La amplia superficie cruenta es suturada con catgut y luego recubierta con el peritoneo de la trompa o del ligamento ancho, ésto con el objeto de evitar las adherencias postoperatorias".

"En el año 1923, Vogt preconizó agregar a la cúneo-escisión la resección total de las trompas, a fin de darle una seguridad absoluta a la operación, en vista de los fracasos registrados (dos casos de Küstner que se embarazaron)".

Técnica del Profesor Daniel Rojas. (La Semana Médica, Nº 30, 1931).

Dada la claridad y sencillez con que el Profesor Rojas ha expuesto su técnica personal, hemos preferido citar la misma íntegramente, en lugar de resumirla.

"Realizada la principal operación, la cesárea abdominal, o pequeña cesárea abdominal, no exteriorizamos el útero, como lo hacen la mayoría de los autores, con el objeto de hacer la esterilización tubaria. No exteriorizando el útero se evita el dolor que esta maniobra provoca (todas mis operadas del

Hospital Tornú lo fueron con anestesia local), y las adherencias post-operatorias, imputadas al despulimiento que sufre por el manoseo la serosa de revestimiento del útero, al ser exteriorizado".

"Para hacer accesible el punto de implantación de las trompas, como para exteriorizar a éstas, nos valemos del siguiente truc operatorio: Pasamos por detrás del útero una pinza larga con la que se ha tomado una gasita enrrollada (la Stieltüpfer de los alemanes). Con la pinza lateralizamos el útero y hacémosle ejecutar, al mismo tiempo, un movimiento giratorio sobre su eje. Hecha visible un gran parte de la trompa, la tomamos en su parte

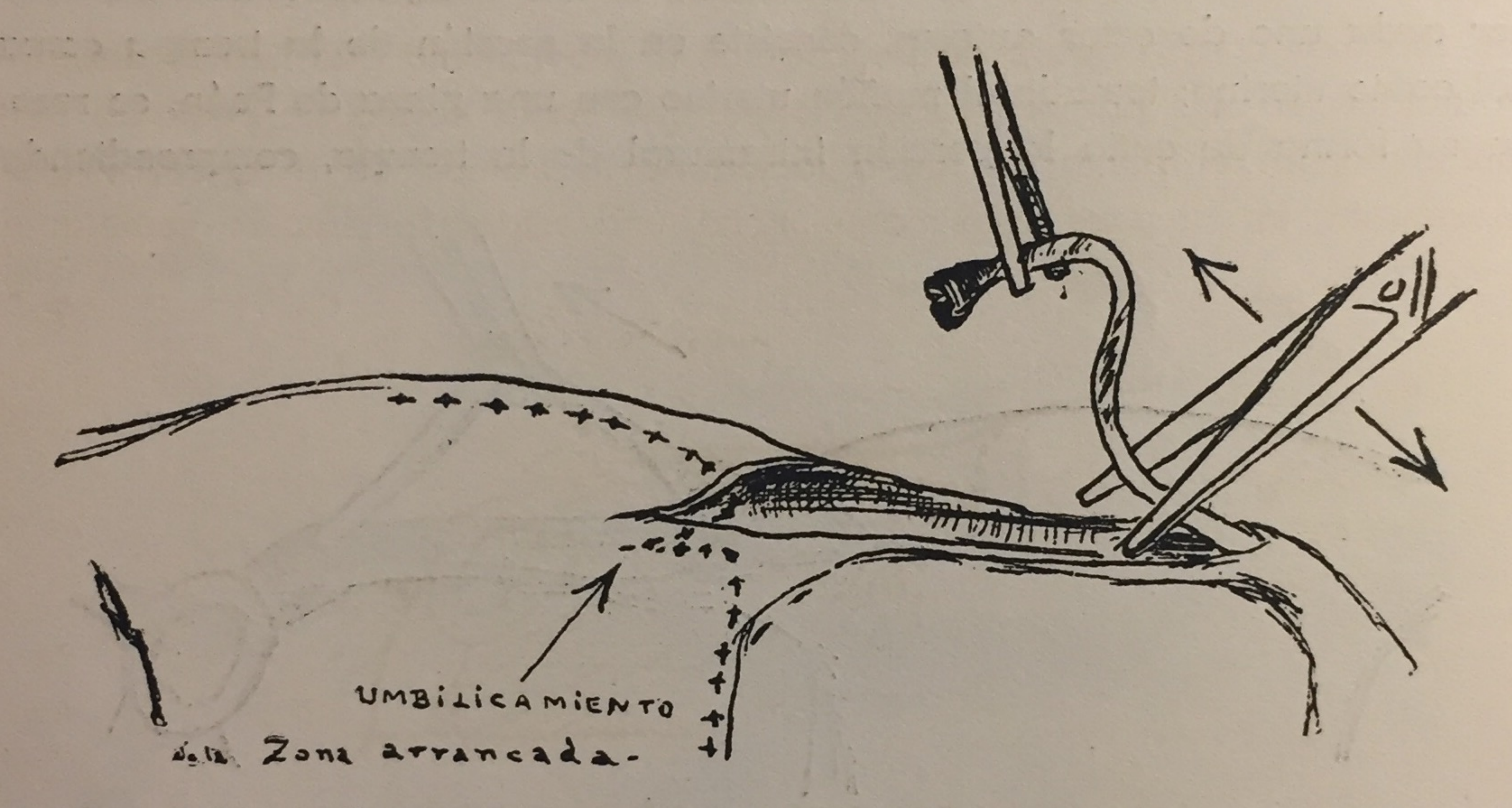


Figura 5. — En esta figura aparece arrancada la porción intersticial de la trompa, y umbilicada la zona de su punto de implantación en el útero; muestra, además, cómo debe ser seccionado el extremo distal, rechazando previamente el peritoneo.

media, con una pinza de anexos (en corazón). El ayudante primero toma la Stieltüpfer y mantiene con ella la lateralización y rotación del útero, mientras el segundo ayudante sostiene la pinza en corazón, manteniendo tensa la trompa".

"El operador, armado de pinza de disección sin dientes y bisturí, secciona en una extensión de unos 3 cmts. el peritoneo del borde libre de la trompa, poniendo al descubierto su punto de implantación en el útero. Tomando con la pinza de disección, sin dientes, uno de los bordes del peritoneo incindido, de unos golpes de punta de bisturí, separamos de sus adherencias al mesolpinx, un buen tracto de la porción ístmica de la trompa. Deseamos hacer notar que no tomamos, como lo aconseja Liepmann en su método, cada uno de los bordes del peritoneo incindido con una pinza de Kocher, por haber repetidas veces comprobado que las pinzas desgarran con mucha facilidad el peritoneo. Por debajo de la parte disecada de la trompa pasamos una aguja roma de Deschamps, e imprimiéndole un movimiento

semejante al que se hace con el gancho del costótomo, para completar la separación del periostio de la costilla, se termina la liberación de sus adherencias al mesosalpinx. Ese tiempo, como el anterior, se realiza casi en blanco, salvo que se hubiera lesionado con el bisturí algún vaso arterial o venoso del arco tubario, cosa que es difícil evitar, no alejándose del ténue conducto de la trompa y siempre que la disección se haga, como lo establezco, entre los vasos tubarios medios e internos. Los pequeños ramúnsculos arteriales provenientes de la tubaria interna, son arrancados en su punto de penetración. Con el movimiento de vaivén de Deschamps, la hemostasis queda hecha por el estiramiento de los vasos".

"Al efectuar con la aguja de Deschamps el movimiento que hemos descripto, notaba en mis primeras operaciones, que hacía hernia un pequeño mameloncito, en el punto de implantación de la trompa en el útero, y que presentaba en su base, este mameloncito, una estriación circular, semejante

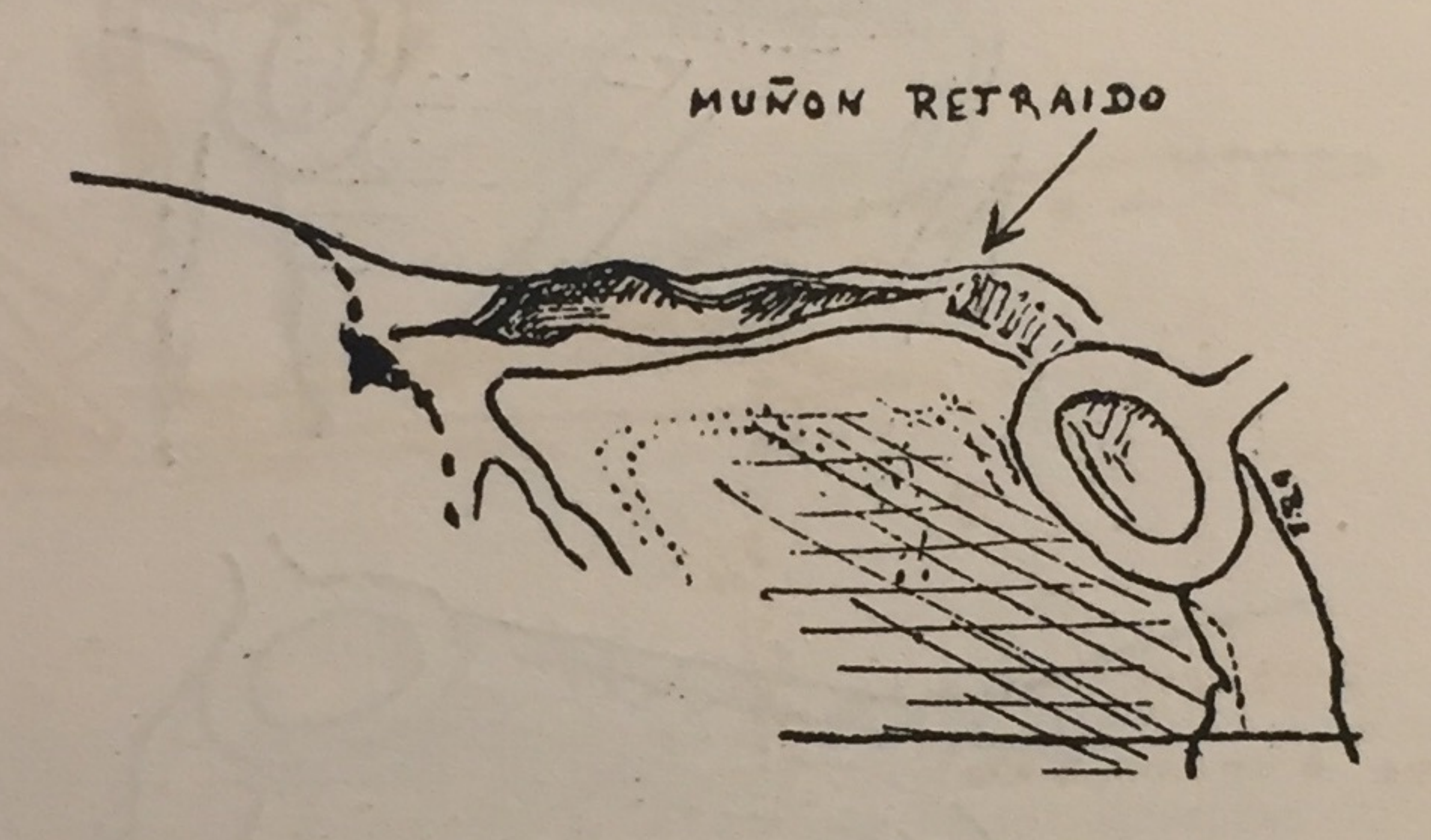


Figura 6. — **Muestra el muñón retraído del trozo de trompa resecada, y las dos hojas del peritoneo del ligamento ancho que van a ser suturadas.**

a la de los órganos huecos, rodeados por un esfinter. Tomada con una pinza esta porción de la trompa, era fácil conseguir su arrancamiento, produciéndose a ese nivel la umbilicación de la pared del útero. Es decir, que con esta simple maniobra, había conseguido suprimir la porción intramural de la trompa, tiempo que se realiza como los que le preceden con un escasísima pérdida de sangre".

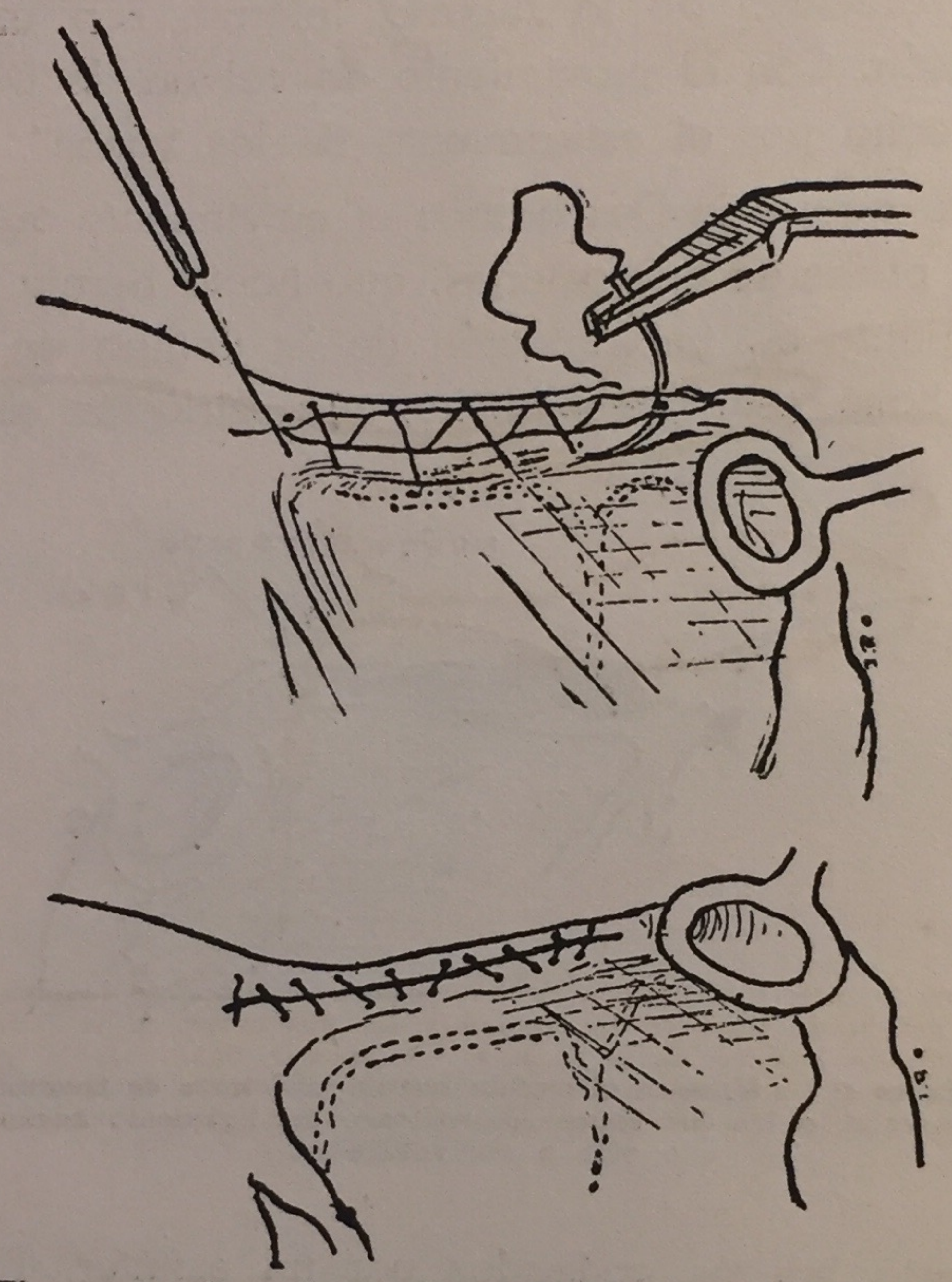
"El extremo distal de la porción ístmica de la trompa es seccionado a tijera, después de haber hecho deslizar el peritoneo de revestimiento entre las ramas de la tijera entreabierta. Esto con el objeto de que al retraerse el muñón de la trompa seccionada, quede recubierto de un manchón de peritoneo intacto".

"Se termina la operación suturando en surget con catgut N. 0 el peritoneo del borde libre del ligamento ancho".

"De modo que este método de esterilización consiste en la resección de la porción ístmica de la trompa liberada de su peritoneo de revestimiento y

el *arrancamiento de la porción intersticial.* Y es precisamente el arrancamiento de la porción intersticial de la trompa lo que tiene de original este método de esterilización tubaria definitiva".

En la casuística que va a continuación, el método de Rojas se practicó en los casos 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 13, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 30, y 31. La salpingectomía bilateral parcial, con resección cuneiforme, se practicó en los casos 5, 11, 12, 14, 15, 25, 27, 28 y 29.



Figuras 7 y 8. — Sutura en surget con catgut 0 de las dos hojas del peritoneo del ligamento ancho.

No tenemos conocimiento, hasta la fecha, de que se haya producido un nuevo embarazo en ninguna de las mujeres esterilizadas por los procedimientos quirúrgicos mencionados en este trabajo (método del Profesor Rojas o resección cuneiforme de ambas trompas).

CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados de la casuística que se adjunta, basada en la experiencia recogida en la Clínica del Profesor Infantozzi, hemos de establecer lo siguiente:

1º La microcesárea y la esterilización tubaria definitiva, es, en el momento actual, la intervención quirúrgica por excelencia en todos aquellos casos en que ella se halla indicada.

2º Esa intervención debe aplicarse especialmente a enfermas bacilares, cardíacas descompensadas, y a todas aquellas grávidas cuya vida pueda verse amenazada por la preñez y el parto.

3º La esterilización quirúrgica se halla indicada, también, en débiles mentales, idiotas, psicopatías graves, etc.

4º Cuando median razones de índole social, especialmente en mujeres multíparas añosas, la esterilización quirúrgica se halla justificada, cuando su indicación se ha establecido de acuerdo con las máximas garantías exigibles.

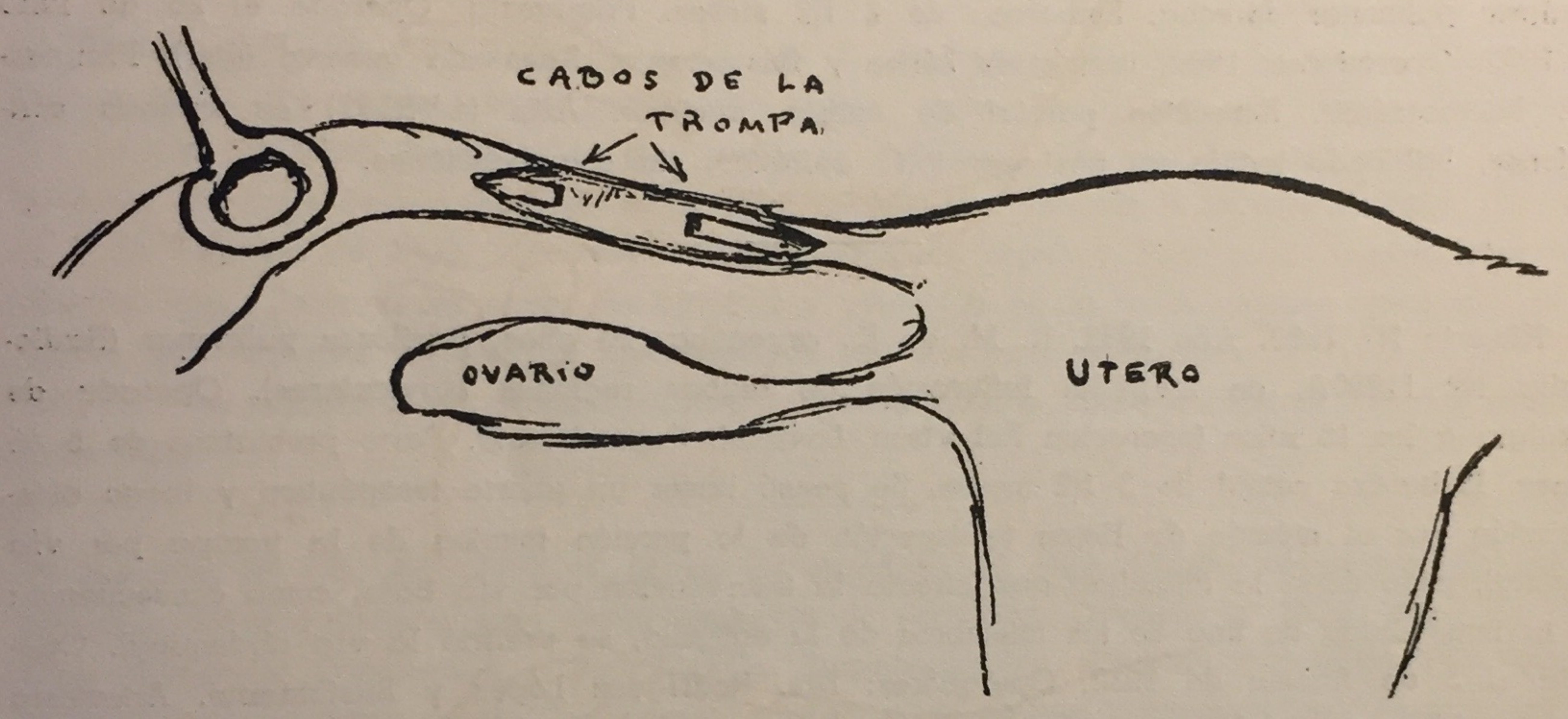


Figura 9. — Esta figura se refiere al método de esterilización tubaria de Liepmann, y en la que aparece incindido el peritoneo del borde libre de la trompa y los dos cabos de la porción resecada. Se reseca un centímetro de la porción ístmica de la trompa, sin colocar ligaduras. El peritoneo es suturado en surget con catgut o seda muy finos; entre los dos cabos de la trompa se hace un punto a lo colchonero, con el objeto de interponer entre ellos tejido fibroso cicatricial.

5º La esterilización quirúrgica ha de practicarse con exacto conocimiento y autorización expresa de ambos cónyuges.

6º La intervención que nos ocupa no comparte generalmente complicaciones, puesto que ella se practica por lo común en mujeres sometidas a preparación preoperatoria, siendo muy rara su realización de urgencia.

7º Las pequeñas complicaciones registradas son las de observación corriente en cualquier acto operatorio.

8º Los casos fatales se explican por el carácter grave de las afecciones que padecían ya las operadas, estado de salud precaria que, por lo demás, imponía realizar una intervención rápida.

9º Preferimos la técnica de Rojas a cualquier otro método de salpingectomía parcial, basando nuestra preferencia en la sencillez, seguridad y ausencia de hemorragia, que caracterizan al método del distinguido Profesor argentino.

10º La microcesárea y esterilización definitiva constituye una nueva conquista médico-social y un nuevo progreso en pro de la Eugenesia.

Nota. Los diagramas que aparecen en este trabajo han sido tomados de la Semana Médica, Nº 30, 1931.

CASUISTICA

1º Historia Nº 1497. Año 1932. E. G. de V. Uruguaya, 32 años. Enviada por el Dr. Sarno. Bacilosis pulmonar derecha. Embarazo de 2 1|2 meses. Primigesta. Operada el 26 de Julio de 1932. Operadores: Dres. Rodríguez López y Bustamante. Anestesia general (éter). Pfannestiel. Microcesárea. Resección parcial de ambas trompas. Alta (4-VIII-32) en buenas condiciones, habiendo tenido un post-operatorio apirético, sin complicaciones.

2º Historia Nº 1583. Año 1932. R. M. de E., argentina, 20 años. Bacilosos pulmonar (Radiografía Nº 11090A, de 2-VIII-32: Infiltración de ambas regiones claviculares). Operada de coxalgia a los 15 años (operación Robertson - Lavalle). Segundigesta. Parto prematuro de 6 ½ meses. Embarazo actual de 3 1|2 meses. Se pensó hacer un aborto terapéutico y luego esterilización por el método de Rojas (extirpación de la porción ístmica de la trompa por vía vaginal), pedo dada la dificultad que ofrecía la intervención por vía baja, como consecuencia de la inmovilidad de uno de los miembros de la enferma, se prefirió la vía abdominal. Operada el 5 de Agosto de 1932. Operadores: Drs. Rodríguez López y Bustamante. Anestesia general (cloroformo). No se hizo raquianestesia por tratarse de una hipotensa. Pfannestiel. Miocrocesárea. Resección parcial de ambas trompas (Rojas).
12-VIII-32: Post-operatorio apirético, sin complicaciones. Alta.

3º Historia Nº 2240. Año 1932. L. D. de P., uruguaya, 29 años. Tres partos normales. Tres abortos. Embarazo actual de 2 1|2 meses. Bacilosis pulmonar. Hiperemesis gravídica precoz. Dado el cuadro que presenta la enferma, se resuelve interrumpir el embarazo por una miocrocesárea con esterilización definitiva (Rojas), a pedido de la propia enferma. Operada el 3 de Noviembre de 1932. Operadores: Profesor Infantozzi y Dr. Rodríguez López. Anestesia general (cloroformo). Incisión mediana subumbilical.
9-XI-32: La enferma ha seguido bien en general, con algunos quintos de temperatura. Hace un proceso flemonoso de la pared suprapúbica, extendiéndose hasta la vulva, especialmente hacia los labios menores. Se reabre la herida operatoria unos 3 cmts., dando salida a una secreción hemopurulenta en poca cantidad.
11-XI-32: La fiebre ha descendido, mientras persiste la secreción purulenta.
Tacto vaginal: Fondo de saco prevesical ocupado y edematoso; trombo-flebitis derecha.
24-IX-32: Alta en buenas condiciones.

4º Historia. N.º 2352. Año 1932. M.M. de N., uruguaya, 25 años. Un parto normal. Un aborto. Embarazo actual de 2 1|2 a 3 meses. Enviada por el Dr. Sarno por un proceso pulmonar crónico izquierdo. Operada el 21 de Noviembre de 1932. Operadores: Dr. Bustamante y Pte.

Anastasía. Anestesia general (cloroformo). Pfannenstiel. Microcesárea; curetaje uterino. Esterilización (Rojas). Apendicectomía.

1-XII-32: Post-operatorio apirético y sin complicaciones. Alta.

5ª Historia. Nº 2412. Año 1932. F. R. de B., argentina, 34 años. Siete partos normales. Dos abortos. Embarazo actual de 2 1|2 meses. Afección cardíaca (insuficiencia mitral). Radiografía de Tórax: Corazón: Ventrículo izquierdo hipertrófico. Radiografía de Cadera: Coxalgia izquierda con subluxación. Operada el 10 de Diciembre de 1932. Operadores: Drs. Rodríguez Ximeno y Bustamante. Anestesia general (éter). Pfánnenstiel. Microcesárea y resección parcial de ambas trompas.

19-XII-32: Post-operatorio apirético y sin complicaciones. Alta.

6ª Historia. Nº 159. Año 1933. M. L. D. de A., uruguaya, 37 años. VI gesta. Cinco hijos. Embarazo de dos meses. Gran eventración como consecuencia de una operación anterior por hernia umbilical, eventración que aumenta cada vez más con los embarazos. Sobre la base de que la enferma tiene ya cinco hijos se resuelve recurrir a la esterilización. Operada el 3 de Febrero de 1933. Opradores: Dres. Rodríguez López y Rodríguez Ximeno. Anestesia general (éter). Incisión en casco de naranja y resección de la vieja cicatriz operatoria de la hernia. Microcesárea. Extirpación intramural de las dos trompas. (Rojas).

14-II-33: Post-operatorio sin complicaciones, habiendo habido fiebre solamente los dos primeros días. Alta.

7ª Historia. Nº 726. Año 1933. V. M. de F., española, 22 años. Cuatro embarazos. Un aborto. Segundo parto a forceps para evitar esfuerzos de expulsión. Operada el 29 de Abril de 1933. Operadores: Dr. Bustamante y Pte. Tapella. Raquinovocaína. Efedrina y cafeína. Pfannenstiel. Microcesárea; se pasa cureta. Extirpación intramural de ambas trompas (Rojas). Apendicectomía (apéndice: 12 ctms. de longitud). Enferma cardíaca descompensada.

4-V-33: Temperatura: 39º 4|5. Angulo derecho de la herida drena sangre y pus. Tubo de drenaje.

15-V-33: Enferma apirética. Alta.

8ª Historia. Nº 1164. Año 1933. C. L. Española, 32 años. Tres hijos. Bacilosis pulmonar bilateral. Por indicación del médico asistente se resuelve interrumpir el embarazo y esterilizar a la enferma. Embarazo de 2 1|2 meses. Operada el 8 de Julio de 1933. Operadores: Drs. Bustamante y Rodríguez Ximeno. Raquinovocaína al 8 %, 1 1|2 c.c. Pfannenstiel. Microcesárea. Salpingectomía bilateral. Drenaje con crines. Terminación de le antestesia con éter.

15-VII-33: Post-operatorio apirético y sin complicaciones. Alta.

9ª Historia. Nº 51. Año 1934. A. M. de R. Uruguaya, 30 años. Tres partos; dos abortos. Embarazo de 3 meses. Hiperemesis gravídica. Enferma enviada del Hospital Fermín Ferreira por un proceso bacilar actualmente en evolución. Se ha practicado un neumotórax. Operada el 11 de Enero de 1934. Operadores: Drs. Rodríguez López y Bustamante. Anestesia local (novocaína al 0.50 %). Paparatomía mediana. Microcesárea. Esterilización definitiva (Rojas).

27-I-34: Post-operatorio con ligera febrícula, sin complicaciones. Alta.

10ª Historia. Nº 419. Año 1934. I. V. de C. Uruguaya, 33 años. Dos hijos. Bacilosos pulmonar derecha. Se le efectuaba neumotórax. Embarazo de 3 meses. Operada el 8 de Marzo de 1934.

Operadores: Profesor Infantozzi y Dr. Bustamante. Anestesia general (cloroformo Dr. Escuder). Pfannenstiel. Microcesárea. Salpingectomía bilateral.
16-III-34: Post-operatorio sin complicaciones, apirético. Alta.

11ª Historia. Nº 434. Año 1934. Z. R. de R. Uruguaya, 33 años. Tres hijos. Sacrocoxalgia derecha y lesiones de la cadera. Enviada del Hospital Fermín Ferreira. Embarazo de 3 meses. Operada el 8 de Marzo de 1934. Operadores: Dres. Bustamante y Berthier. Eter y anhidrido carbónico. Pfannenstiel. Microcesárea. Salpingectomía derecha. Anexectomía izquierda por quiste.
15-III-34: Post-operatorio sin complicaciones. Alta.

12º Historia. Nº 1080. Año 1934. P. R. de F. Uruguaya, 44 años. Tres abortos (uno espontáneo y dos terapéuticos por hiperemesis gravídica precoz que no cedía al tratamiento habitual). Ptosis renal derecha. Embarazo de 2 meses. Metabolismo basal 1,30 %. Toxemia gravídica que no cede a ninguna medicación. Operada el 18 de Junio de 1934. Operadores: Dr. Rodríguez Ximeno y Pte. Ambrosoni. Anestesia general (éter). Microcesárea. Resección parcial de ambas trompas (Rojas).
28-VI-34: Post-operatorio sin complicaciones, apirética. Alta.

13ª Historia. Nº 1226. Año 1934. C. F. de F. 40 años de edad. Doce partos; ningún abroto Embarazo actual de 3 meses. Enferma enviada por el Dr. Civitate por tratarse de una bacilosis pulmonar en actividad. Han habido hemoptisis. **Radiografía del Tórax:** Lesiones de infiltración, antiguas y cavitarias a la derecha, y poco intensas a la izquierda. **Examen Otorinolaringológico** (Dr. Iglesias Castellanos): Laringe de movilidad normal. Cuerda vocal irquierda ligeramente infiltrada. Baciloscopía positiva. Orina normal. Tiempo de coagulación retardado. Se inyecta cloruro de calcio y suero gelatinizado. Operada el 7 de Julio de 1934. Operadores: Dr. Rodríguez López y Pte. Ambrosoni. Anestesia general (Evipan sódico; 1,30 grms.). Incisión mediana infraumbilical. Exteriorización del útero que se rodea con compresas, aislándolo de la cavidad abdómino-pelviana. La intervención se continúa según la técnica habitual. Esterilización tubaria definitiva por el método del Prof. Rojas. Cierre de la pared en cuatro planos: 1º) Peritoneo, surjet con catgut N.º 1; 2º) Músculos, puntos sueltos con catgut N. 2; 4º) Piel, con agraffes. La anestesia fué perfecta. La enferma, en general, pasó bien hasta el día 10,en que su estado se agravó repentinamente. Tónicos, suero glucosado, ouabaína, etc. Ese mismo día falleció a las 22 y 50 horas.
La necropsia, en resumen, reveló lo siguiente:

a) Peritonitis sero-hemático-purulenta difusa.
b) Incisión quirúrgica uterina mediana, supurada y con pseudomembranas adherentes.
c) Epiploítis aguda de tipo purulento y con esfacele.
d) Caverna tuberculosa de tipo mediano en el lóbulo superior derecho.
e) Foco tuberculoso pequeño, caseificado, en la base pulmonar izquierda. Cicatrices fibrocalcáreas de viejas lesiones en el mismo pulmón.
f) Pleuro-pericarditis adhesiva fibro-tuberculosa.
g) Hipertrofia discreta del ventrículo izquierdo.

14ª Historia. Nº 1648. Año 1934. E. L. de C. Uruguaya, 26 años. Dos partos. Insuficiencia mitral no compensada. Operada el 15 de Octubre de 1934, previa preparación de la enferma. Operadores: Profesor Infantozzi y Pte. Isern. Anestesia general (éter). Laparotomía mediana

infraumbilical. Microcesárea. Extirpación de un pequeño quiste del mesosalpinx derecho. Extirpación parcial de ambas trompas.
2-XI-34: Post-operatorio sin complicaciones, subfebril los primeros días. Alta.

15ª Historia. Nº 2377. Año 1934. R. A. de J. Argentina, 32 años. Un aborto espontáneo. Enviada del Dispensario Nº 9 por presentar una bacilosis pulmonar bilateral y fibrosa, razón por la que se nos pide realizar la microcesárea y al esterilización definitiva, según deseos de la propia enferma. Embarazo de tres meses. Operada el 2 de Diciembre de 1934. Operadores: Dres. Achard, Bustamante y Pte. Fossatti. Anestesia local de la pared abdominal (novocaína al 0.5 %). Luego anestesia general con Evipán sódico intravenoso (1 grm.). Microcesárea. Miomectomía de tres pequeños núcleos fibrosos. Resección cuneiforme de ambas trompas. Laminaria como drenaje uterino. Post-operatorio subfebril durante los primeros días que siguieron a la operación. Al 9º día se observó fiebre alta. Cuatro días después se incinde un absceso del muslo izquierdo.
27-XII-34: Apirexia. Alta.

16ª Historia. Nº 2541. Año 1934. M. M. de M. Española, 23 años. Un parto. Dos abortos espontáneos. Asmática. Embarazo de 3 1|2 meses. Operada el 18 de Diciembre de 1934. Operadores: Dr. Rodríguez López y Pte. Fossatti. Raquipercaína (6.5 milígramos). Efedrina al 5 %, 5 c.c. Pfannenstiel bajo. Se continúa la anestesia con éter. Microcesárea. Salpingectomía bilateral (Rojas). Varicocele izquierdo. Hemostasis uterina difícil. Post-operatorio febril. A los diez días se coloca un tubo de vidrio para drenar el útero, dado que se observa sangre. Parametritis izquierda.
5-I-35: Apirexia. Alta en buenas condiciones.

17ª Historia. Nº 2559. Año 1934. R. C. de V. Uruguaya, 35 años. Once embarazos; cinco abortos. Embarazo actual de 3 meses. Pielonefritis; ptosis renal derecha. Foco congestivo del pulmón derecho; algunos estertores finos en el vértice del pulmón izquierdo. Baciloscopía positiva. Operada el 21 de Diciembre de 1934. Operadores: Drs. Rodríguez López, Bermúdez y Pte. Fossatti. Anestesia general (éter) bien tolerada. Pfannenstiel. Microcesárea; cierre del útero en tres planos. Esterilización tubaria definitiva por el método de Rojas. Ovarios sanos. Apéndice congestivo y engrosado. Apendicectomía. La exploración de la vesícula biliar nos la muestra abarrotada de cálculos. Cierre en cuatro planos. Post-operatorio normal durante los tres primeros días que siguen a la intervención, apareciendo, luego, fiebre. A los seis días se constata diarrea, tenesmo rectal y dolor en el hipogastrio. El examen genital muestra una parametritis bilateral y flemón del ligamento ancho izquierdo. La fiebre continúa, y tres días más tarde el Dr. Rodríguez López drena el flemón por una pequeña incisión abdominal practicada por dentro de la espina ilíaca izquierda. Se dejan dos tubos. La fiebre persiste, y el 11-I-35 se instala el cuadro de una oclusión intestinal. El lavaje eléctrico se muestra infructuoso. Se interviene nuevamente. Anestesia local (novocaína). Operadores: Drs. Rodríguez López y Rodríguez Ximeno. Ansas delgadas muy distendidas y con adherencias múltiples. Perforación intestinal en la desembocadura del delgado en el ciego, dando salida a materias fecales y gases. Liberación de las adherencias y lavado con éter. Cierre de la pared y abocamiento del ciego a la misma. Colocación de un tubo en el ciego, que da salida a materias y gases.
Exitus letalis en 13-I-35, a las 15 y 30 horas.
Resumen del resultado de la necropsia:

a) Oclusión intestinal sin lesiones de orden mecánico.
b) Ano quirúrgico cecal, con tubo de drenaje.

c) Abscesos múltiples del bazo.
d) Cuerpo uterino con puntos de sutura en su cara anterior, y endometrio desaparecido quirúrgicamente.
e) Parametritis supurada bilateral.
f) Litiasis biliar múltiple, de tipo mixto, con vesícula "retobada" sobre los cálculos.
g) Granulaciones tuberculosas del vértice pulmonar izquierdo.

18ª Historia. Nº 180. Año 1935. M. E. de F. Uruguaya, 24 años. Dos partos. Embarazo actual de 4 meses. Estrechez e insuficiencia mitral no compensada. Operada el 5 de Febrero de 1935. Operadores: Drs. Rodríguez López, Rodríguez Ximeno y Pte. Fossatti. Anestesia general (éter). Incisión mediana infraumbilical. Miocesárea. Se deja una mecha intrauterina, pues la incisión de dicho órgano llega al cuello. Resección parcial de ambas trompas (Rojas). Extirpación de un quiste dermoide.
8-II-35: Se retira la mecha por vía vaginal. Diarrea profusa.
9-II-35: Se observa un proceso tromboflebítico y parametritis derecha.
15-II-35: Se coloca un tubo de vidrio para drenar el útero. Pus fétido.
20-II-35: Se retira el tubo de drenaje.
7-III-35: Apirexia. Alta.

19ª Historia. Nº 262. Año 1935. H. M. de L. Uruguaya, 33 años. Tres partos. Embarazo actual de 2 meses. Atrofia muscular progresiva desde hace 6 años, que se ha intensificado de 2 meses a esta parte. Operada el 11 de Febrero de 1935. Operadores: Drs. Rodríguez López, Carlos J. Escuder y Pte. Fossatti. Anestesia general (Evipán sódico, 1.35 gm.). Incisión mediana infraumbilical. Microcesárea. Esterilización definitiva (Rojas). Post-operatorio sin complicaciones, con febrículas.
22-II-35: Alta.

20ª Historia. Nº 404. Año 1935. B. L. de V. Uruguaya, 24 años. Tres partos. Embarazo actual de tres meses. Tuberculosis pulmonar; condensación de la base pulmonar derecha. Operada el 7 de Marzo de 1935. Operadores: Dres. Rodríguez López, Escuder y Pte. Sta. Cianciulli. Anestesia general (se comienza con 0.80 gms. de Evipán sódico, y se continúa luego con éter). Incisión mediana infraumbilical. Microcesárea. Esterilización tubaria (Rojas).
16-III-35: Post-operatorio con ligera febrícula, sin complicaciones. Alta.

21ª Historia. Nº 517. Año 1935. Z. R. de P. Uruguaya, 36 años. Cuatro partos; dos abortos terapéuticos. Bacilosis laríngea y pulmonar. Operada el 16 de Marzo de 1935. Operadores: Dres. Rodríguez López, Escuder y Pte. Sta. Cianciulli. Anestesia general (se comienza con 1 gm. de Evipán sódico, y se continúa luego con éter). Laparotomía mediana infraumbilical. Microcesárea. Esterilización tubaria definitiva (Rojas).
25-III-35: Post-operatorio sin complicaciones. Apirexia. Alta.

22ª Historia. Nº 462|568. Año 1936. S. C. Uruguaya, 28 años. Cuatro partos. Tres abortos terapéuticos. Lesiones pulmonares caseo-fibrosas. Wassermann positivo apesar de un tratamiento intensivo. Operada el 2 de Marzo de 1936. Operadores: Dres. Rodríguez López y Giampietro. Anestesia local (novocaína al 0.5 %). Incisión mediana infraumbilical. Microcesárea. Esterilización tubaria definitiva (Rojas).
10-III-36: Post-operatorio sin complicaciones. Apirexia. Alta.

23ª Historia Nº 477A. Año 1936. P. B. de M. Uruguaya, 34 años. Enviada por el tisiólogo Dr. Mattos. Lesiones pulmonares ulcerosas bilaterales, con denutrición. Tres partos y dos abortos terapéuticos. Embarazo actual de 3 ½ meses. Operada el 4 de Marzo de 1936. Operadores: Dres. Achard, Escuder y Civitate. Anestesia local (novocaína al 0.5 %); luego anestesia general (Evipán sódico endovenoso, 1.50 gm.). Incisión mediana infraumbilical. Esterilización tubaria definitiva (Rojas).
13-III-36: Post-operatorio subfebril, sin complicaciones. Alta.

24ª Historia Nº 653. Año 1936. J. B. de R. Argentina, 35 años. Cuatro partos y cuatro abortos espontáneos. Embarazo actual de 4 meses. Hepatotoxemia. Esta señora ha padecido de gestosis en casi todos sus embarazos, por lo cual solicita la interrupción de su gravidez actual y la esterilización definitiva. La Comisión de Eugenesia, con la autorización del Ministerio de Salud Pública, accedió a tal pedido. Operada el 30 de Marzo de 1936. Operadores: Dres. Prof. Infantozzi, Escuder y Pte. Rodríguez. Anestesia general (éter-anhidrido carbónico). Incisión mediana infraumbilical. Microcesárea. Salpingectomía parcial bilateral (Rojas).
14-IV-36: Post-operatorio sin complicaciones, subfebril. Alta.

25ª Historia. Nº 700. Año 1936. M. L. L. Uruguaya, 26 años. Primigesta. Embarazo de 3 ½ meses. Idiocia. Familiares con trastornos mentales. La interrupción del embarazo y la esterilización definitiva son autorizadas por la Comisión de Eugenesia. Operada el 3 de Abril de 1936. Operadores: Dres. Bustamante, Escuder y Pte. Rodríguez. Anestesia general (éter). Incisión mediana infraumbilical. Microcesárea. Salpingectomía bilateral (Rojas).
14-IV-36: Post-operatorio sin complicaciones, subfebril. Alta.

26ª Historia. Nº 743. Año 1936. A. B. de H. Argentina, 30 años. Tres partos y un aborto. Embarazo actual de 3 meses. Enviada por la Comisión de Eugenesia para interrumpir el embarazo y practicar la esterilización definitiva. El esposo de la señora falleció hace un mes, quedando los familiares en condiciones económicas precarias. Operada el 11 de Abril de 1936. Operadores: Dres. Carlos J. Escuder y Bustamante. Anestesia general (éter). Incisión mediana infraumbilical. Microcesárea. Salpingectomía bilateral. (Rojas).
23-IX-36: Post-operatorio subfebril, sin complicaciones. Alta.

27ª Historia. Nº 816. Año 1936. C. G. de L. Uruguaya, 37 años. Dos partos y cuatro abortos. Embarazo actual de 3 meses. Enviada por el Dr. Praderi. Mal de Pott. Hipotiroidismo. Operada el 25 de Abril de 1936. Operadores: Dres. Achard, Escuder y Pte. Rodríguez. Anestesia general (éter-anhidrido carbónico). Incisión mediana infraumbilical. Microcesárea. Resección cuneiforme de ambas trompas. Extirpación de un pequeño quiste pediculado de la trompa derecha.
5-V-36: Post-operatorio sin complicaciones, sin fiebre. Alta.

28ª Historia. Nº 1038. Año 1936. M. A. de S. Uruguaya, 41 años. Nueve partos y un aborto. embarazo actual de 3 meses. Enviada por la Comisión de Eugenesia para interrumpir el embarazo y practicar la esterilización definitiva, "dada su multi-maternidad en una mujer de condiciones económicas precarias, sin posibilidad próxima de mejoramiento". Hace 2 años, a consecuencia de una hemorragia post-aborto, se le inyectó suero en el muslo izquierdo, originándose un flemón profundo que ha acarreado una impotencia funcional del miembro correspondiente, con gran limitación de la movilidad de la articulación coxo-femoral. Operada el 26 de Mayo de 1936. Operadores: Drs. Prof. Turenne, Achard y Pte. Rodríguez. Anestesia

general, Evipán sódico endovenoso, 1 gm.). Incisión subumbilical pramediana derecha. Microcesárea. Resección cuneiforme de ambas trompas junto al cuerno uterino.
12-VI-36: Post-operatorio con una angina eritematosa banal. Apirexia. Alta.

29ª Historia. Nº 1724. Año 1936. D. C. de P. Uruguaya, 22 años. Dos partos. Cardiopatía no compensada (insuficiencia mitral, estrechez aórtica, reumatismo articular agudo recidivante). Operada el 11 de Setiembre de 1936, previa preparación de la paciente. Operadores: Dres. Prof .Infantozzi, Giampietra y Pte. Cibils Pérez. Anestesia general (cloroformo) administrada por el Dr. Achard. Incisión mediana infraumbilical . Microcesárea. Resección cuneiforme de ambas trompas.
22-IX-36: Post-operatorio con angina a estafilococos y neumococos, estado bronquial, subfebril. Alta.

30ª Historia. Nº 2521. Año 1936. A. D. de P. Uruguaya, 30 años. Seis partos y tres abortos. Embarazo actual de 2 ½ meses. Cardio-pulmonar. Operada el 14 de Diciembre de 1936. Operadores: Dres. Achard, Escuder y Pte. Rossi. Raquinovocaína. Pfannenstiel. Microcesárea. Inyección intravenosa de 10 unidades de extracto hipofisario posterior diluídas en 5 c.c. de suero fisiológico. Expulsión en block del huevo por la brecha uterina. Resección cuneiforme de ambas trompas.
26-XII-36: Post-operatorio sin complicaciones, apirético. Alta.

31ª Historia. Nº 2551. Año 1936. S. R. de G. Española, 34 años. Cinco hijos; siete abortos. Embarazo actual de 3 meses. Insuficiencia mitral (reumatismo articular aguda). Operada el 1º de Diciembre de 1936. Operadores: Dres. Escuder, Achard y Pte. Rossi. Anestesia general (éter). Pfannenstiel. Microcesárea. Resección parcial de ambas trompas (Rojas).
10-XII-36: Post-operatorio sin complicaciones, apirético. Alta.

Carlos J. Escuder — Av. 18 de Julio 2015. Montevideo.